Dermoid-Kystom
von einem abgesprengten dritten Ovarium ausgehend.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Munesada Tsuge
approb. Arzt.

München 1912.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Dermoid-Kystom
von einem abgesprengten dritten Ovarium ausgehend.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Munesada Tsuge
approb. Arzt.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

München 1912.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät
der Universität München.

Referent:
Geh. Rat Professor Dr. Döderlein.

Die Dermoide stellen nach Olshausen ungefähr 5% aller Eierstockstumoren dar. Pfannenstiel hat sie zu 7,5% aller Ovarialgeschwülste berechnet. Thumim wies auf das häufige Vorkommen von Tumoren bei überzähligen Ovarien hin. Wenn man nun bedenkt, daß dritte Ovarien, gleichgültig ob sie von einem kleinen abgesprengten Keime der Ovarialanlage, von einem akzessorischen oder überzähligen Ovar oder vom paarigen Ovar durch teilweise oder vollständige Abschnürung einzelner Zellen oder ganzer Zellkomplexe gebildet sind, nicht allzu selten auftreten und von diesen relativ häufig Tumorbildung ausgeht, so verdienen sie ein physiologisches und klinisches Interesse.

Darum mag es gerechtfertigt erscheinen, wenn ich einen Fall publiziere, bei dem es sich um ein stieltorquiertes Kystom und ein Dermoidkystom, von einem dritten Ovar ausgehend, handelt. Die Patientin ging am 14. X. 1911 der Universitäts-Frauenklinik zu und wurde am 23. X. 1911 von Geheimrat Professor Döderlein operiert.

Krankengeschichte.

E. Sch., 38 Jahre alt, seit 17 Jahren verheiratet.

Anamnese: Vater ist an Magenkrebs gestorben. Mutter und sieben Geschwister leben und sind gesund. Patientin war früher nie ernstlich krank, sie hat 5 mal spontan geboren, alle 5 Kinder leben; 1 mal hatte sie einen Abgang im 4. Monat, Ursache unbekannt.

Jetzige Beschwerden: Anfangs Oktober begann Pat. Schmerzen in der linken Unterbauchgegend zu spüren, im Anschluss daran traten heftige Schmerzen im ganzen Leib auf; Stuhlgang, der immer angehalten war, erfolgte fast gar nicht mehr, ferner traten Blasenbeschwerden auf. Die Regel war vorher normal; in dieser Zeit trat, obgleich Pat. nicht in der Zeit der Menstruation stand, geringer Blutabgang ein. Schüttelfrost, Erbrechen trat nicht auf. Eine deutliche Abmagerung beobachtete Pat. nicht, ebenso bemerkte sie nicht, daß ihr Unterleib dicker wurde.

Status praesens: Mittelgroße Person, mit mäßiger Muskulatur und geringem Fettpolster, Schleimhäute wenig injiziert, doch nicht anämisch. Herzaktion regelmässig, 80. Töne rein. Keine Verbreiterung. Puls weich und regelmässig. Lunge gesund. Die flachen Brüste enthalten sehr wenig Fett und Drüsensubstanz, kein Colostrum. Bauchdecken ziemlich straff, zeigen alte Striae, der Leib ist aufgetrieben, druck- und schmerzempfindlich.

Freie Flüssigkeit ist nicht im Leib. Es lässt sich perkutorisch und palpatorisch ein bis zum Nabel reichender, mehr nach links liegender, fluktuierender, gut fühlbarer, cystischer Tumor von Mannskopfgrösse feststellen.

Vulva und Vagina zeigen keinen besonderen Befund. Uterus ist etwas vergrössert, retroflektiert, nach allen Seiten durch entzündliche Stränge fixiert.

Genaue Abtastung ist anfangs wegen grosser Schmerzen ohne Narkose nicht möglich. Tuben und Ovarien sind nicht fühlbar, doch fühlt man in den hinteren Douglas hineinreichend den schon bei der äusseren Untersuchung beobachteten cystischen Tumor, der schmerzhaft und glattwandig ist. Urin ganz klar, Reaktion sauer, frei von Eiweiss und Zucker.

Es wurde die Diagnose: linksseitiges, stieltorquiertes Kystom gestellt und daraufhin am 23. Oktober die Laparotomie ausgeführt.

Die Anästhesie wurde mit Inhalation von Chloroform-Aether herbeigeführt. Nachdem Patientin in Beckenhochlagerung gebracht und der Leib mit Längsschnitt eröffnet war, präsentierte sich ein bis zum Zwerchfell reichendes, allseitig mit der Bauchwand verwachsenes Kystom. Die Verwachsungen liessen sich stumpf lösen. Das Kystom wurde punktiert. Es entleerte sich blutige Flüssigkeit. Das Kystom ging vom linken Ovar aus und hatte gedrehten Stiel. Die rechten Adnexe waren gesund und wurden mit dem Uterus zu-

rückgelassen. Der rechte Eierstock zeigte bei sorgfältiger Besichtigung nirgends Narben oder narbige Einziehungen, präsentierte sich als abgeschlossenes und intaktes Organ von gehöriger Grösse. Er war frei beweglich, ohne jegliche Verwachsungen; auch an der Tube waren keine krankhaften Veränderungen zu sehen. Dagegen fand sich in der rechten Ecke des Douglas eine faustgrosse Cyste, die mit der Unterlage verwachsen und gestielt war. Sie liess sich unschwer stumpf ohne jede Blutung ausschälen und erwies sich beim Durchschnitt als Dermoidkystom. Die Stümpfe wurden peritonisiert und die Bauchhöhle geschlossen.

Anatomische Diagnose: Kystoma ovarii simpl. sin. cum torsione pedunculi, Kystoma dermoid. dextr.

Die Operation wurde ausgeführt von Herrn Geheimrat Prof. Döderlein.

Der weitere Verlauf war ein glatter. Patientin konnte Urin und Stuhl spontan entleeren. Puls bewegte sich zwischen 70 und 100, Temperatur zwischen 36,0 und 37,5° C. Die Bauchwunde heilte primär, sieben Tage nach der Operation durfte Patientin aufstehen, und nach weiteren 9 Tagen wurde sie geheilt entlassen. Stuhlgang erfolgte täglich spontan. Pat. hatte gegenüber dem Eintritt nur 1 kg an Körpergewicht abgenommen.

Die Diagnose „stieltorquiertes Kystom“ hatte sich bei der Laparotomie bestätigt, doch als neuer und überraschender Befund zeigte

sich hiebei neben den ganz normalen und gesunden rechten Adnexen ein in der rechten Ecke des Douglas sitzendes, faustgrosses, mit der Unterlage verwachsenes und gestieltes Dermoidkystom. Dessen Inhalt bestand makroskopisch betrachtet aus einer gelben, grützebreiähnlichen, ziemlich dickflüssigen Masse, in welcher zahlreiche, gelbliche, krümelige Partikelchen suspendiert waren. In das Cystenlumen hinein ragten überall von der Cystenwand ausgehende, ungefähr 2 cm lange, starke Haare. Unterm Mikroskop fanden sich Haare, Plattenepithelien und Cholestearintafeln. Hieran schloss sich die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand. Sie ergab, dass der Cystenbalg aus 3 voneinander abgegrenzten Schichten sich zusammensetzte.

Die dem Lumen der Cyste zunächst liegende Schicht charakterisiert sich als eine dicke Lage abgestorbener Epithelzellen, die völlig hyalin degeneriert sind. Sie zeigen an manchen Stellen einen leicht wellig angeordneten Bau. Kerne sind meistens nicht mehr sichtbar. Deren Basis bildet eine Reihe kubischer Zellen, die zum Teil grossen Kern haben. Papillen und Haarbälge sind nur sehr vereinzelt vorhanden. Daran anschliessend findet sich ein straffes, faseriges, an manchen Stellen wellig angeordnetes Bindegewebe mit langen, schmalen Spindelzellen, deren Kerne deutlich sichtbar sind. In dem Bindegewebe verlaufen parallel mit der Oberfläche der Cystenwand eine Masse spaltförmiger Kapillaren. Um

diese Zone herum geht ein Ring von feinfaserigem Bindegewebe mit sehr viel Kernen, die den Eindruck einer kleinzelligen Infiltration macht.

So ist es denn aus dem makroskopischen Befunde, aus dem Nachweis der morphologischen Bestandteile hauptsächlich aus dem Vorhandensein von Plattenepithelien und Haaren, sowie aus der histologischen Untersuchung der Cystenwand zur Evidenz erwiesen, dass es sich in unserem Falle unzweifelhaft um eine Dermoidcyste handelt. Wir haben es also in unserem Falle mit einer Kombination eines grösseren, stieltorquierten Kystoms mit einem Dermoid zu tun, wahrscheinlich von einem dritten Eierstock ausgehend.

Unter Dermoidcysten versteht man Neubildungen, die sich dadurch kennzeichnen, dass sie im Bau ihrer Wandungen die Struktur der Haut mit allen ihren Schichten und drüsigen Gebilden nachahmen. Am häufigsten findet man sie im Ovarium, und zwar in der Grösse von Hühnerei- bis Mannskopfgrösse. Am häufigsten treten sie bei der geschlechtsreifen Frau auf, doch sind sie an kein Alter gebunden, sie sind bei neugeborenen Kindern, ja selbst bei Föten beobachtet worden. Die Dermoide werden auch Dermoidkystome genannt, weil sie sich stets mit Ovarialkystomen und zwar Pseudomucinkystomen kombinieren. Dermoide wurden gefunden im Gesicht, in den Meningen, im Gehirn, im Auge, im Thymus, in der Lunge, im Mesenterium, im Cavum rectouterinum und

im Cavum uterovesicale. Ein Fall letzterer Art wurde beschrieben von de Quervain, in welchem es sich um eine, den ganzen Beckenraum ausfüllende Dermoidcyste bei einem 58-jährigen Manne handelte.

Die Oberfläche der Dermoidcysten ist entsprechend der Kombination mit dem Kystadenom eine grobhöckerige. Die Konsistenz der Dermoide wechselt je nach der Temperatur: bei Körpertemperatur fühlen sie sich cystisch an, beim Erkalten teigig. Ihren Inhalt bildet eine ölige Schmiere, welche aus gelbem, ziemlich weichem Fett und Epidermiszellen besteht. In dieser Masse findet man meistenteils verfilzte Haare, mikroskopisch noch Cholestearintafeln.

Krönig beschreibt in dem Küstner'schen Lehrbuch der Gynäkologie die Dermoidcystenwand folgendermassen: „Die eigentliche Dermoidbildung beschränkt sich auf einen relativ kleinen Bezirk der Cystenwand. Während die übrige Wand der Cyste glatt ist, erhebt sich hier die dermoide Stelle zapfenartig in das Innere des Lumens vor und ist durch die epidermidale Beschaffenheit schon meist makroskopisch leicht erkennbar; von dieser Stelle aus entspringt auch jedesmal der Haarschopf. Diese hautähnliche Platte stellt das eigentliche Geschwulstparenchym, den sogenannten Parenchymzapfen dar. Die mikroskopische Durchmusterung dieser Platte hat ergeben, dass sich hier vornehmlich Bestandteile der Oberflächenepidermis, und zwar auch

hier gesondert in Stratum corneum, Rete Malpighii usw. vorfinden, welche auf einem bindegewebigen Stratum mit Fettgewebe, Haarbälgen, Schweissdrüsen durchsetzt, ruhen.“ Als weiteres ektodermales Gebilde findet sich Zentralnervensubstanz. So fand Virchow in einem Falle die Nervensubstanz geschichtet wie das kleine Hirn, ferner Zahnbildungen mit mehr oder weniger ausgesprochener Kieferbildung. Autenriet beschrieb die Cyste einer Frau, aus welcher über 300 Zähne entfernt wurden, und in Rokitanskys Sammlung findet sich ein Präparat, in welchem ein Milchzahn durch einen nachrückenden bis auf die Krone zur Resorption gebracht ist. Ferner finden sich zum Teil weitgehend differenzierte Knochenanlagen, wie Rippen, Fingerglieder, schliesslich Abkömmlinge des Entoderms, welche Anlagen des Respirations- und Darmtraktus andeuten.

Die Dermoide des Ovariums unterscheiden sich dadurch von den Dermoiden des übrigen Körpers, dass sie meist die Abkömmlinge sämtlicher drei Keimblätter enthalten, und zwar in einer Anordnung, welche wenigstens annähernd der normalen Keimanlage entspricht.

Was nun die Genese der Dermoidcysten anlangt, so sind entsprechend ihrer verschiedenen Lokalisation auch verschiedene Theorien aufgestellt worden. Im Jahre 1860 nahm Heschl für die nicht im Innern des Körpers gelegenen Dermoidcysten an, dass im Fötalleben Teile der Cutis durch das subkutane Ge-

wèbe in die Tiefe drängen, sich dort abschnürten und so den Kern für die Entwicklung der Dermoidcysten legten.

Hemak deutete ihre Entstehung dahin, dass es sich um Einstülpungsprodukte handle, die beim Schluss der embryonalen Spalten in die Körperhöhlen eingeschlossen würden.

Viel wahrscheinlicher schien die Ansicht von Förster, Virchow, Ahlfeld, die diese Tumoren auf fötale Inklusionen zurückführten. Es handle sich dabei um die Befruchtung zweier Eizellen, von denen aber die eine infolge einer grösseren Wachstumsenergie von der anderen überwachsen würde und sich so nur rudimentär entwickeln könne.

Bonnet suchte die Entstehung der Milchgeschwülste durch seine Blastomerentheorie zu erklären; nach dieser sollen aus einer unbekannten Ursache Blastomeren, dem Ei nahestehenden Zellen, die zum Aufbau des Organismus nicht verwendet würden, beiseite geschoben werden und an irgend einer Körperstelle sich über kurz oder lang weiter entwickeln. Krönig urteilt über diese Theorie also: „Diese in weiten Kreisen akzeptierte Theorie gibt eine befriedigende Aufklärung über den mannigfaltigen Charakter der genannten Geschwülste und ihre Aehnlichkeit mit den auch an anderen Stellen des Körpers beobachteten teratoiden Geschwülsten, und lässt nur den einen Punkt unaufgeklärt, warum die Verschleppung der isolierten Blastomeren gerade in dem einen oder, was eben-

falls beobachtet ist, in beiden Eierstöcken erfolgte.

Einen ähnlichen Entwicklungsmodus vertritt die Polzellentheorie von Marchand. Die Polzellen, aus einer ungleichmässigen Teilung einer Eizelle hervorgegangen, sind abortive Eier, da sie alle Elemente eines Eies enthalten. Wird nun eine solche Polzelle befruchtet, so könnte sie sich neben der eigentlichen Anlage bis zu einem gewissen Grade entwickeln und so die Genese organhaltiger Tumoren erklären.

Dieser sogenannten bigeminalen Bonnet-Marchand'schen Theorie steht als bedeutendste die Keimzellentheorie von Wilms und Pfannenstiel gegenüber. Wilms fasst seine Anschauungen folgendermassen zusammen: „Die Dermoidcysten des Eierstockes entstehen alle aus einer dreiblättrigen Keimanlage, die sich entsprechend der Entwicklung eines menschlichen Fötus auszubilden sucht und selbst in der Anordnung und Lage die Aehnlichkeit mit jenen immer erkennen lässt. Infolge der durch mechanischen Druck hervorgerufenen Wachstumshemmung kommen die zuerst sich differenzierenden Gewebe und Körperteile zu vollerer Entwicklung und ersticken die anderen. Damit hängt das Prävalieren des Ektoderms und der Kopfregion zusammen."

Pfannenstiel, der durch selbständige Untersuchungen zu demselben Resultat gekommen ist, fasst das Dermoid als „pathologisch entwickelten Embryo" auf. Nur das

noch nicht differenzierte Ei, das Ei des Primordialfollikels ist nach Pfannenstiel fähig, diese Bildungen, welche Bestandteile aller drei Keimblätter enthalten, zu produzieren. Es kann auch ohne Befruchtung zu selbständigem Wachstum angeregt werden, um auf parthenogenetischem Wege ein Gebilde zu produzieren, welches in Unvollkommenheit der Entwicklung und in atypischer Anordnung Teile des menschlichen Körpers enthält.

Diese Keimzellentheorie lässt zunächst in den Fällen im Stich, in denen gleichzeitig Dermoide oberhalb und unterhalb des Diaphragma pelvis (Schülze) angetroffen werden, andererseits hat sie eine kräftige Stütze gefunden, seit das häufigere Vorkommen überzähliger akzessorischer Ovare und Ovarialkeime beobachtet wurde.

Gebhard glaubt, dass die Dermoide infolge eines bisher allerdings noch unbekannten Reizes aus der Eizelle entstehen, ebenso wie das Carcinom aus einer Epithelzelle. Trifft dieser Reiz Follikelepithel und Eizelle gleichzetig, so entsteht hierdurch nach der Ansicht von Pfannenstiel die häufige Kombination von Cystadenom mit Dermoid.

Funke lenkte das Augenmerk auf eine Keimverstreuung bei dem Descensus ovariorum oder moderner gefasst, auf eine Ovarialkeimverlagerung bei den Wachstumsverschiebungen und suchte so die Beckendermoide oberhalb und unterhalb des Diaphragma auf Grund der Wilms'- und Pfannenstiel'schen Theorie zu erklären.

Zum Schlusse möchte ich noch den Versuch Bandlers anführen, der alle Dermoidcysten ohne Rücksicht auf ihren Sitz von einem einheitlichen Standpunkt aus ohne Schwierigkeiten erklärt. Er nimmt an, „dass gewisse embryonale Zellen und Organe in ganz direkter Weise Zellen, welche zur Bildung anderer Gewebsteile bestimmt sind, mit sich schleppen und dass diese Zellen an ihrem neuen Platze dieselben Gewebe produzieren, welche sie, wenn sie an ihren richtigen Platz gelangt wären, zu produzieren bestimmt waren. Die Entfernung einiger Zellen von ihrem ursprünglichen Platze geschieht zu einer Zeit, in welcher der Verlust jener Zellen wieder ersetzt wird, und es so trotzdem zur vollständigen Ausbildung eines normalen Körpers kommt. Für die Entstehung der Dermoidcysten der Genitalorgane ist der Wolff'sche Gang durch die von ihm mitgeschleppten Zellen der verschiedenen Keimblätter die direkte Ursache."

Nachdem in Kürze die Frage der Genese gestreift ist, wollen wir im folgenden auf unseren Fall zurückkommen. Ich habe schon eingangs auf das häufige Vorkommen von Tumoren bei überzähligen Ovarien hingewiesen. Thumim, der einen ähnlichen Fall publizierte, bemerkt: „Wenn man einerseits bedenkt, dass dritte Ovarien, gleichgültig, ob sie im fötalen oder im postfötalen Leben, gleichgültig auch, ob sie primär als solche angelegt oder sekundär erst durch pathologische Prozesse entstehen, jedesmal einer Abspaltung von Gewebsteilen, einer

Herauslösung derselben aus dem organischen Verbande ihr Dasein verdanken und wenn man andererseits die häufige Tumorbildung an denselben beobachtet, so liegt der Gedanke an einen ätiologischen Zusammenhang dieser beiden Tatsachen nahe.

Ribbert sagt in seiner Arbeit: „Ueber die Entstehung der Geschwülste“: „Die Geschwülste entstehen vor und nach der Geburt auf Grund einer teilweisen oder völligen Abtrennung von Zellen oder Zellgruppen aus dem organischen Zusammenhang. Die abgespaltenen Keime, dem Einfluss eines in sich geschlossenen Zellverbandes entzogen, wachsen, soferne sie nur vermehrungsfähig sind und ohne erhebliche Unterbrechung ihrer Ernährung in eine für ihre Vorexistenz günstige Umgebung gelangen, selbständig und werden zu Tumoren, die je nach der Grösse und Organisation des abgesprengten Keimes bald in der Hauptsache mit dem Organ, von welchem sie herrühren, übereinstimmen, bald mehr, bald völlig von ihm abweichen. Es gibt also keinen prinzipiellen Unterschied in der Genese der intrauterinen, respektive auf Grund intrauteriner Prozesse und der nach der Geburt sich entwickelnden Tumoren.“

Es erscheint überflüssig, darauf hinzuweisen, dass unser Fall ein weiteres Beispiel für die Richtigkeit der Ribbert'schen Theorie darstellt.

Chroback und Bosthorn bemerken, dass 69% der überzähligen Eierstöcke entarten.

Wenn in dem Hauptovarium Geschwulstbildung auftritt, dann findet dies im überzähligen Ovarium auch immer statt und bestätigt die Tatsache, dass in zersprengten Organen eine besondere Neigung zur Geschwulstbildung vorherrscht. Alle drei Ovarien fanden sich nie gleichzeitig pathologisch verändert. In den 39 Fällen von Geschwulstbildung überzähliger Ovarien, welches Stolz in seinen Tabellen zusammengestellt hat, fand sich: 14 mal Embryon, 10 mal Kystom, ein Adenosarkom, ein Myosarkom. Seitz meint, die grössere Disposition der überzähligen Eierstöcke zur Entartung erkläre sich vielleicht daraus, dass diese abgeschnürten Teile unter anderen Existenzbedingungen stehen, als normale Ovarien und dass insbesondere die Blutverteilung anders gestaltet ist.

Dass unser Dermoid nach seiner anatomischen Lage und nach seinem Bau von einem überzähligen Ovar abstammt, ist nicht zu bezweifeln. Funke stellt den Satz auf: Alle retroperitonealen Dermoide der Becken- und Bauchhöhle stammen aus abgesprengten Teilen des Keimepithels, seien also nicht bloss Hautdermoide, d. h. nur aus dem Ektoderm hervorgegangen; die interperitonealen Dermoide sind auf Abschnürungen von Embryomen oder auf Neubildungen aus dritten Ovarien zurückzuführen. Es wäre nun noch die Frage über den Entstehungsmodus unseres dritten Eierstocks zu erörtern.

Thumim teilte diese Anomalien in zwei

Hauptgruppen, solche, die sich im fötalen Leben bildeten, und solche, die postfötal entstehen. Erstere könnten verursacht sein per excesssum, durch fötale Peritonitis und durch Achsendrehung, letztere durch peritonitische Prozesse mit Stieldrehung, Abschnürung Sprengung, Zerteilung, intraovarielle Vernarbung nach Follikelberstung und chronische entzündliche Affektionen der verschiedensten Art, aber auch Zerrung durch Neubildungen. Thumim suchte alle damals bekannten Fälle in dieses Schema einzugliedern, gesteht aber zu, dass dies auf erhebliche Schwierigkeiten stösst, da sich die Ursache der jeweiligen Abtrennung meist nicht mehr konstatieren lässt.

v. Winckel, Engström und Seitz möchten den Namen „Ueberzählige Eierstöcke" nur für solche reservieren, die anatomische Selbständigkeit und Gleichwertigkeit mit den paarigen besitzen, d. h. sie müssen die Form und annähernd auch die Grösse eines normalen Ovars haben und vor allem auch die Verbindungsverhältnisse mit den umgebenden Genitalorganen, mit Uterus und Tube. Auch ein Ligam. ovarii genügt, um das Ovar als selbständig zu charakterisieren. Bisher sind nur 5 Fälle der Art bekannt geworden (v. Winckel, Keppler, Schantz, Falk und Wigt).

Die anderen Fälle würden dann in die Gruppe der sogenannten akzessorischen Ovarien gerechnet.

L. Seitz teilte letztere nach ihrem Lageverhältnis zum Peritoneum in 1. intraperito-

neal und 2. retroperitoneal gelegene akzessorische Ovarien und Ovarialkeime ein. Bei den intraperitonealen akzessorischen Ovarien — und diese stellen das Hauptkontingent — ist nach demselben Autor das Hauptgewicht darauf zu legen, inwiefern sie von den paarigen abhängig sind und ob sich noch ein Zusammenhang untereinander nachweisen lässt. Die ursächlichen Momente werden, soweit das möglich ist, berücksichtigt.

Diese Abhängigkeit tritt am klarsten zutage bei denjenigen akzessorischen Ovarien, die als Prominenzen dem Eierstocke aufsitzen. Die Fälle sind nicht selten; so fand Beigel, der sie zum erstenmal beschreibt, unter 500 Sektionen 23 mal, v. Winckel unter der gleichen Anzahl 18 mal; Fenety's Fall ist besonders interessant, er fand ein Ovar mit 6 oder 7 gestielten Anhängen.

Die nächste Gruppe von Fällen zeigt eine allmählich und gradweise zunehmende Abtrennung des sekundären Organs vom Hauptovar (2 Fälle von Schantz und Mundé). Dann folgen Ovarien, die räumlich vollständig voneinander getrennt sind, aber noch durch einen Strang, dessen ovarieller Ursprung sich nachweisen lässt, verbunden (Lumniczer und Engström).

Ferner können die Ovarien nur durch einen bindegeweblichen Strang, der kein ovarielles Gewebe mehr enthält, in Verbindung stehen (Klebs, v. Winckel, Schmorl u. Winkler).

Endlich kann das akzessorische Ovar auf dem Ligam. latum liegen oder an einer anderen

Stelle des Peritoneums, ohne einen Zusammenhang durch einen besonderen Strang mit dem normalen Ovar aufzuweisen (Grohe, Mangiagalli, Chiari und Engström).

Die retroperitoneal gelegenen akzessorischen Ovarien und Ovarialkeime sind meist zwischen den Blättern des Ligam. latum gelegen, können aber auch, wie die Tumorbildungen zeigen, unter dem Peritoneum der hinteren Becken- und Bauchwand vorkommen. Unveränderte, d. h. nicht entartete Keime oder Ovarien sind allerdings an diesen Stellen noch nicht nachgewiesen. Allein dies kann einmal mit der Kleinheit der Keime und damit zusammenhängen, dass nur selten darnach gesucht worden ist (Wendeler, Waldeyer und Kochs).

Da, wie Wilms, Pfannenstiel, Funke, Kröner u. a. nachgewiesen haben, die Embryome nur von den Eierstöcken ausgehen können, müssen wir in unserem Falle, wo das rechte Ovar intakt war — siehe Operationsbericht — einen akzessorischen Eierstock voraussetzen. Mit Rücksicht darauf, dass der andere Eierstock derselben Seite nirgends Narben oder narbige Einziehungen zeigte, muss man eine Bildung der Anomalie im postfötalen Leben ausschliessen. Das Dermoid zeigte keine Anzeichen einer alten oder frischen Peritonitis, keine Membranen und Adhäsionen, es sass in der rechten Ecke des Douglas, war mit der Unterlage verwachsen und gestielt. Es liess sich unschwer stumpf ausschälen und wies keine

Spur von narbiger Verwachsung auf. Es geht also von einem intraperitoneal gelegenen, im fötalen Leben gebildeten akzessorischen Ovar aus, das auf dem Peritoneum in der rechten Ecke des Douglas sitzt, gestielt ist und keinen Zusammenhang mit dem normalen Ovar besitzt.

Das Wachstum der Dermoide ist gewöhnlich ein sehr langsames, da sie aus versprengten oder abgeschnürten Keimen entstehen, müssen sie schon z. Zt. der Geburt vorhanden sein. Was sie veranlasst, oft schneller zu wachsen, ist unbekannt. Die Dermoide sind an sich nicht gefährlich, doch kommt es hie und da zur Infektion und Verjauchung, zum Durchbruch in die Blase, den Mastdarm oder die Scheide, zu Peritonitis und Allgemeininfektion. Wegen dieser Gefahr und ferner deshalb, weil Dermoide den Boden für maligne Tumoren abgeben, ist die Entfernung der Geschwülste indiziert. Die Behandlung der Dermoidcysten kann nur in einer radikalen Entfernung bestehen.

* * *

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Döderlein für die gütige Ueberlassung der Arbeit und Herrn Professor Baisch meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Abel: Demonstration einer Dermoidcyste vom r. Lig. lat. Berl. klin. Wochenschr. 1893, p. 17.
2. Amann: Zentralbl. f. Gyn. 1905, Nr. 30, p. 1541.
3. Bandler: Zur Entstehung der Dermoidcysten. Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 7, p. 150.
4. Bergel H.: Über akzessor. Ovarien. Wien. med. Wochenschr. 1877.
5. Billroth u. Lücke: Handbuch der Frauenkrankheiten Stuttgart 1886.
6. Braun: Über Abschnürung der Ovarien. Inaug.-Diss. Giessen 1896.
7. Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.
8. Chiari: Über Ovarialverdopplung. Verhandl. d. deutsch. Ges. 1904.
9. Döderlein-Krönig: Operative Gynäkologie. Leipzig 1907.
10. Dünnwald: Inaug.-Diss. 1901. München.
11. Engström: Überzählige Ovarien. Monatsschr. f. Geb.-Hilfe u. Gyn. 1896.
12. Engström: Zur Untersuchung sogenannter überzähliger Ovarien. Mitteilungen aus der Klinik Engström, Bd. 3.
13. Essen-Möller: Ein Fall von angeborenen überzähligen Ovarien. Mitteilungen aus der Klinik Engström, Bd. 3.
14. Falk: Über überzählige Eileiter u. Eierstöcke. Berl. kl. Wochenschr. 1891.
15. Franz: Ein Fall von Dermoid eines Eierstockes u. Dermoid eines dritten Eierstockes derselben Seite. Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. 1898.
16. Fraenkel: Über Dermoidcysten der Ovarien u. gleichzeitige Dermoide im Peritoneum. Wien. med. Wochenschrift 1883.

17. Funke: Die Dermoide der Bauch- und Beckenhöhle. Hegars Beiträge z. Gebh. u. Gyn., Bd. 3. H. 1.
18. Gebhard: Pathologische Anatomie der weibl. Sexualorgane. Leipzig 1899. Gebh. u. Gyn. 44.
19. Höfer: Über Dermoidcysten des Beckenbindegewebes. Inaug.-Diss., Halle 1896.
20. Jurasz: Beitrag zur Kenntnis der Dermoide u. Teratome im kleinem Becken, bes. der retrorektal gelegenen. Inaug.-Diss., Heidelberg 1907.
21. Klebs: Handbuch der path. Anatomie. Berlin 1869.
22. Kłob: Patholog. Anatomie der weibl. Sexualorgane Wien 1864.
23. Kocks: Demonstration eines extirpierten Uterus und dreier dabei gefundenen Ovarien. Arch. f. Gyn., Bd. XIII.
24. Kossmann u. Martin: Mangel, Unvollkommenheit, Überzahl, Verlagerung der Eierstöcke. Die Krankheiten der Eierstöcke. Leipzig 1899.
25. Krönig B.: Im Lehrbuch der Gynäkologie von Küstner.
26. Lermann: Über ein mit einem Kystoma pseudomucinosum kombinierter Teratom eines accessorischen Ovariums. Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 44.
27. Manuel: Über die Tumoren des Douglas'schen Raumes. Marburg 1864.
28. Martin-Kossmann: Die Krankheiten der Eierstöcke u. Nebeneierstöcke. Leipzig 1899.
29. Menge: Bildungsfehler der Eierstöcke in J. Veit's Handbuch der Gynäkologie V.
30. Nagel: Entwicklungsfehler der weibl. Genitalien. Handbuch der Gynäkologie V.
31. Olshausen R.: Krankheiten der Ovarien. Handbuch der Frauenkrankheit herausgeg. v. Billroth u. Lücke 1877, Stuttgart.
32. Pfannenstiel: Die Erkrankungen des Eierstockes u. Nebeneierstockes. Dessen Handbuch, 2. Aufl., 4. Bd., I. Hälfte.
33. Pfennig: Über retroperitoneale Dermoidcysten. Inaug.-Diss. Bonn 1907.
34. Rokitansky: Lehrbuch der path. Anatomie. Wien 1866.

35. v. Rosthorn-Chrobak: Die Erkrankungen der weibl. Geschlechtsorgane, II. Teil. Die Missbildungen der weibl. Geschlechtsorgane. Wien u. Leipzig 1908.
36. Rosenstein: Ein Beitrag zur Kenntnis überzähliger Ovarien. Inaug.-Diss., Königsberg 1898.
37. Ruppolt: Zur Kenntnis überzähliger Eierstöcke. Arch. f. Gyn., Bd. 47.
38. Seitz L.: Über überzählige akzessorische Ovarien. Volkmann's klin. Vorträge 28. 6. 1900.
39. Sippel: Drei Ovarien; Dermoide Degeneration der beiden rechts gelegenen; ältere Stieldrehung des einen Dermoid. Zentralbl. f. Gyn. 1889.
40. Stolz: Ein Beitrag zu den Geschwulsten des überzähligen Eierstockes. Zeitschr. z. Gebh. u. Gyn. 3.
41. Thumim: Kystoma serosum complex eines 3. Eierstockes. Wien. klin. Wochenschr. 1898.
42. Thumim: Überzählige Eierstöcke. Arch. f. Gyn. 56.
43. Wolms: Multriple Embryome des Ovariums. Monatsschrift f. Gebh. u. Gyn. 1899., Bd. 9.
44. Wolms: Ovarialembryome in Martin's Handbuch der Krankheiten der weibl. Adnexorgane. Leipzig 1899 2. Teil.
45. v. Winckel: Pathologie der weibl. Sexualorgane. Leipzig 1878.
46. v. Winckel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1890.
47. Winkler F. N.: Eine Ovariotomia triplex bei Überzahl von Ovarien. Arch. f. Gyn., Bd. XIII.

Lebenslauf.

Ich, Munesada Tsuge, Buddhist, bin geboren am 24. April 1871 zu Ise in Japan, absolvierte das Gymnasium in Mieken und erwarb das Diplom als Arzt an der Medizinischen Akademie zu Okayama. Dann genügte ich meiner vaterländischen Pflicht als Einjährig-Freiwilliger. 1895 wurde ich Militärarzt und machte als solcher den chinesisch-japanischen und den japanisch-russischen Krieg mit. Später war ich als praktischer Arzt tätig. Seit ungefähr einem Jahre studiere ich in München.